

オルソケラトロジー問診票

フリガナ	昭和・平成・令和			年齢	性別
名前	年 月 日			歳	男・女
住所 〒					
電話番号	自宅:	携帯:	職業:		

1. 次の質問にお答えください

- ・オルソケラトロジーの経験 なし・あり →【詳細: _____】
- ・コンタクトの使用 なし・あり →【ハード・ソフト】 ドライアイ・乾燥感 →【ある・あまりない】
↳【使用状況: 毎日・週()日・月()日】 【装用時間()時間】
- ・メガネの使用 なし・あり →【作製時期: _____】 【使用状況: 常用・必要な時のみ】
- ・車・バイクの運転 しない・する →【ほぼ毎日・たまに】
- ・就寝時間 不規則・規則的 →【()時から()時まで 約()時間睡眠】
- ・スポーツ・部活動 なし・あり →【具体的に: _____】
- ・今後3ヵ月毎の検診 可能・不可能 →【どのような理由ですか? _____】
- ・学生の方へ 現在【小学校()年生・中学校()年生・高校()年生・大学()年生】
- ・保護者の方のコンタクト経験 なし・あり →【ハード・ソフト】 ※未成年の方だけで結構です

2. 下記に当てはまるものがあれば丸印をつけてください。スタッフに伝えたいことがあれば自由にご記入下さい。

コンタクト装用に対して恐怖心がある ・ 痛みに敏感である ・ 他人に触られることに抵抗がある

【 その他: _____ 】

3. 現在の眼の症状、眼科の既往歴、眼科の手術歴について質問です。当てはまるものに丸印をつけてください。

- ・現在気になる症状は 特になし・あり → どのような症状ですか? 【 _____ 】
- ・眼の既往歴は 特になし・あり → どのような病名ですか? 【 _____ 】
- ・眼の手術をしたことが ない・あり (レーシックを含む) → どのような手術ですか? 【 _____ 】

4. 今までアレルギー・特異体質と言われたことや、具合が悪くなった薬剤・注射などがありますか?

なし・分からない・あり → (花粉症・鼻炎・アトピー・喘息・薬剤()その他())

5. 現在、眼以外の病気で他院にかかっていますか? (治療済みも含む) 使用中のお薬があれば記入してください。

なし・あり → 高血圧・高脂血症・糖尿病・感染症・心臓病・肝臓病・腎臓病・リウマチ
(その他病名: _____) 使用中のお薬 【 _____ 】

6. 来院のきっかけを教えてください。

当院の患者様からの紹介 (お名前 _____) ・ 以前に【本人・家族】が受診したことがある
ホームページ ・ 雑誌 ・ 玄関前のチラシ ・ 前を通りがかった ・ その他(_____)